

U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Direttore: Sergio Segato

NOTE INFORMATIVE ALL'ESECUZIONE DI COLANGIO-PANCREATOGRRAFIA RETROGRADA PERENDOSCOPICA (ERCP) DIAGNOSTICA e OPERATIVA

Che cosa è ?

La colangio-pancreatografia retrograda per endoscopica (ERCP) è una procedura che può essere utilizzata per la diagnosi ma soprattutto per la terapia di alcune patologie delle vie biliari, del pancreas e della papilla di Vater. Questa metodica consiste nell'introduzione di un particolare endoscopio attraverso la bocca e lungo la prima parte del canale alimentare, fino a raggiungere il duodeno, dove sboccano, unite in un unico canale (sfintere di Oddi) le vie biliari, provenienti dal fegato e il dotto pancreatico. Nel corso della procedura, l'endoscopista introduce un sottile tubicino ed inietta una sostanza opaca ai raggi X (mezzo di contrasto) che consente la visualizzazione per via radiologica dei dotti biliari e/o del pancreas.

Come si svolge ?

La procedura dura in genere 30-60 minuti, viene effettuata a digiuno, in regime di ricovero ospedaliero, e prevede l'utilizzo di una sedazione. Nel caso in cui venga richiesta una sedazione profonda al gastroenterologo si affianca un anestesista che Le fornirà ulteriori informazioni in merito e Le chiederà un consenso specifico. Durante la procedura possono essere iniettati farmaci al fine di rallentare i movimenti dell'intestino e facilitare le manovre endoscopiche. L'esame diagnostico viene effettuato iniettando attraverso l'orifizio della papilla di Vater un liquido di contrasto radio-opaco all'interno delle vie biliari o del dotto pancreatico, a seconda dell'organo che deve essere indagato, ottenendo così immagini radiologiche. Poiché la procedura prevede l'utilizzo di raggi X che possono nuocere al feto, tutte le donne in età fertile devono avere la certezza di non essere in gravidanza. L'iniezione di mezzo di contrasto può indurre reazioni allergiche che possono essere molto gravi in 1 caso ogni 100.000.

L'endoscopio utilizzato per l'ERCP permette di effettuare procedure chirurgiche, che in passato necessitavano di un vero e proprio intervento. Queste procedure sono: a) L'apertura in duodeno delle vie biliari e pancreatiche, effettuata mediante sezione della papilla di Vater e dello sfintere di Oddi, con un particolare tipo di elettrobisturi (papillo-sfinterotomia); b) l'estrazione di calcoli dalle vie biliari o dal pancreas; c) l'inserimento attraverso il naso di un tubicino di plastica nelle vie biliari o pancreatiche, per consentirne un adeguato drenaggio nelle 24-48 ore dopo la procedura (drenaggio naso-biliare/-pancreatico); d) la dilatazione di restringimenti dei dotti biliari e/o pancreatici (plastica endoscopica); e) l'inserimento all'interno di tratti ristretti delle vie biliari e/o pancreatiche di un tubicino di plastica (rimovibile) o di maglie metalliche (generalmente non rimovibile) (impianto di endoprotesi); f) l'asportazione di neoformazioni a livello dello sbocco in duodeno delle vie biliari e pancreatiche (ampullectomia); g) lo svuotamento di cisti di origine pancreatica con messa in sede di endoprotesi.

Esistono possibili varianti nell'esecuzione

Data la particolarità della procedura operativa, non esistono possibilità di varianti nell'esecuzione.

Quali sono i benefici attesi e lo scopo della prestazione proposta?

L'ERCP consente una visione molto dettagliata delle vie biliari e del sistema duttale pancreatico, con una elevata accuratezza diagnostica. E' inoltre possibile ottenere biopsie o tessuto biliare e pancreatico mediante spazzolamento (brushing) per una diagnosi più precisa delle lesioni duttali individuate; la sensibilità dell'esame citologico resta comunque basso. Nel corso della procedura è possibile effettuare interventi di endoscopia operativa sulla papilla di Vater, sulle vie biliari e sul pancreas.

Quali sono i rischi prevedibili legati alla NON esecuzione della prestazione proposta?

La non effettuazione della procedura potrebbe portare ad una diagnosi e ad una terapia non corretta dell'eventuale patologia in atto.

Quali sono i rischi prevedibili legati all'esecuzione della procedura e le possibili complicanze:

L'ERCP è una procedura generalmente ben tollerata, ma come per tutte le procedure mediche presenta dei limiti e alcune complicanze.

Nel 5-15% dei casi la procedura può non riuscire per situazioni anatomiche che non consentono all'endoscopio di raggiungere il duodeno o di incannulare e visualizzare i dotti biliari e/o pancreatici.

La complicanza più frequente è la pancreatite acuta, che può insorgere per effetto dell'intervento sullo sbocco comune delle vie biliari e pancreatiche; essa si verifica nel 3-5% dei casi e non può essere prevista né prevenuta efficacemente. In alcuni tipi di pazienti (giovani, con vie biliari non dilatate, o con storia di pregresse pancreatiti) il rischio di pancreatite può arrivare al 10-12%. In rari casi (meno dell'1%) la pancreatite può avere un decorso severo e può richiedere un intervento chirurgico. Altre complicanze meno frequenti (con un'incidenza globale inferiore al 2%) sono: l'infezione delle vie biliari o delle raccolte cistiche, il sanguinamento conseguente alla papillo-sfinterotomia, e la perforazione del duodeno o dei dotti. L'infezione ed il sanguinamento sono trattati generalmente per via medica o endoscopica; la perforazione può richiedere in qualche caso un intervento chirurgico.

La sedazione può essere gravata da rare complicanze quali isolati casi di broncospasmo, reazioni allergiche, problemi cardio-respiratori (come alterazione della pressione arteriosa, frequenza e ritmo cardiaco), depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco.

Tutti questi rischi verranno valutati e confrontati con i benefici che si attendono dalla procedura, e comunque sono generalmente inferiori, quando si effettui l'ERCP a scopo terapeutico, ai rischi dell'intervento chirurgico alternativo.

Esistono possibilità alternative?

L'alternativa all'esecuzione della ERCP diagnostica è l'esecuzione di una Risonanza Magnetica Colongio-pancreatica (MRCP), che ha una sensibilità diagnostica leggermente inferiore; normalmente la MRCP viene utilizzata di routine a scopo diagnostico, mentre la ERCP viene utilizzata solo in casi particolari per la diagnosi o se è necessario prelevare frammenti di tessuto bilio-pancreatico per una diagnosi citologica o istologica.

L'alternativa alla ERCP operativa è l'intervento chirurgico.

Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:

Se assume aspirina, farmaci anti-aggreganti piastrinici, anti-coagulanti ed anti-infiammatori non steroidei (FANS), lo segnali al medico curante; le verranno date indicazioni sulla terapia da seguire prima dell'esame e istruzioni sulla ripresa della terapia dopo la procedura.

Possibili problemi di recupero:

Per la sua sicurezza nelle 24 ore dopo la procedura dovrà restare ricoverato in ospedale e normalmente l'alimentazione può essere ripresa il giorno successivo all'ERCP. Le eventuali problematiche di recupero legate alla sedazione profonda Le saranno esposte dall'anestesista. Nelle 2-6 ore successive alla procedura è possibile avere una dolenzia o dolore addominale, determinate dalla presenza di aria insufflata all'interno dell'apparato digerente durante la procedura o da una fugace reazione pancreatica. La persistenza di dolore addominale a 8-24 ore di distanza dalla procedura fa porre il sospetto clinico di pancreatite acuta. Se è stato posizionato un sondino di drenaggio naso-biliare o naso-pancreatico, questo verrà rimosso dopo 24-48 ore se non vi sono complicanze.

Dopo 24 ore potrà svolgere qualunque tipo di attività solo se si sente bene.

